SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 15 y 3 minutos.)

-Damos la bienvenida a la señora Ministra de Salud Pública, al señor Subsecretario de dicha Cartera y a la señora Directora General de la Salud.

La Comisión de Salud Pública se ha reunido en el día de hoy en forma extraordinaria, luego de que el Ministerio de Salud Pública manifestara su voluntad de informar al Senado sobre un asunto tan importante como la epidemia del ébola que se está desarrollando en el planeta, y que ha impactado en la opinión pública. Particularmente se referirán a las medidas de prevención tomadas y al equipamiento que se necesita.

Sin más, cedemos la palabra a la señora Ministra de Salud Pública para escuchar sus explicaciones.

SEÑORA MINISTRA.- En primer lugar, queremos agradecer a la Comisión por habernos recibido justamente para informar sobre todas las acciones tomadas con respecto a esta enfermedad.

En primer lugar, quisiera indicar que en el caso de la epidemia del ébola, nuestro país está catalogado como de bajo riesgo -este tema lo explicará bien la Directora General de la Salud del Uruguay-, aunque no es así para el dengue y la chikungunya, enfermedades que resultan mucho más riesgosas y sobre las que también estamos desarrollando acciones, que intensificaremos en la próxima semana.

De todas maneras, ante esta situación de riesgo sanitario a nivel internacional decretada por la Organización Mundial de la Salud, que generó gran alerta desde el punto de vista comunicacional y temor por esta enfermedad, nos pareció oportuno informar sobre el tema a la Comisión de Salud.

Precisamente yo estaba presente en la Conferencia de la Organización Panamericana de la Salud, realizada en Washington, cuando apareció el primer caso de ébola en Estados Unidos, cuya comunicación fue hecha por la Directora General de la Organización Panamericana de la Salud, la doctora Carissa Etienne. Desde entonces hasta el momento se han venido realizado varios aprendizajes.

Previamente a que apareciera el primer caso en los Estados Unidos, habíamos estado desplegando algunas acciones dirigidas a los equipos y a los prestadores de salud a las que vamos a referirnos. Con respecto al personal de migraciones, según las informaciones que tenemos, no existe mucho temor porque no están expuestos a mayor riesgo. Pero sí hay que cumplir con determinadas acciones preventivas como la compra de insumos -como muy bien dijera el señor Senador Agazzi-, y la comunicación con la población y los equipos de salud en general.

Por lo expuesto, nosotros consideramos que era oportuna la concurrencia a esta Comisión. Si los señores Senadores están de acuerdo, solicito que se dé el uso de la palabra a la Directora General de la Salud para que se refiera a estas acciones.

SEÑORA SICA.- Buenas tardes.

Siguiendo la línea de la señora Ministra, quiero referirme a algunos aspectos considerados importantes y relevantes para entender por qué esta enfermedad -que parecía tan lejana al Uruguay y que había sido enmarcada como un arma biológica que estaba circunscripta a determinados países,

pero no en calidad de brote-, nos lleva a estas recomendaciones, planteos y estatus a nivel mundial, que la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han establecido.

El 8 de agosto de este año después de las recomendaciones emitidas por el Comité de Emergencia, la Directora General de la Organización Mundial de la Salud declaró que el brote de ébola en África occidental constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional. Esto es lo que desencadena y obliga a todos los Estados miembros, a los Estados parte de la Organización Mundial de la Salud y a las autoridades sanitarias de cada uno de los países, a llevar a cabo una serie de medidas y acciones.

Esta situación vinculada al brote de África occidental es considerada de un nivel extraordinario, pero que existe en la vida real, fundamentalmente, porque hay riesgo de propagación a otros países, debido a la virulencia de la enfermedad, a su presentación, a cómo se está determinando con anormalidad ese tipo de cepa, al patrón o a la modalidad de trasmisión, pero, fundamentalmente -un tema que no es nada menor para nuestros países-, a la fragilidad del sistema sanitario en los países afectados que determina no poder contener el brote. Esto que parece algo dicho al azar es un tema muy importante que ha determinado las acciones y la protección internacional para poder controlar el tema.

Desde el comunicado del 8 de agosto -ya antes habíamos tenido comunicaciones informales- hasta el momento actual, la información técnica y epidemiológica ha sido muy dinámica, y así son los planes de adecuación, contingencia y seguimiento que es necesario establecer.

Rápidamente vamos a dar algunos elementos para explicar a qué nos referimos cuando hablamos del ébola y qué lo causa.

Se trata de una enfermedad infecciosa grave que se propaga en forma directa entre humanos, por trasmisión de persona a persona, e indirecta a través del contacto con la sangre y otros líquidos corporales, como el vómito, las heces u otras excreciones.

Esto se da entre personas infectadas con ese virus, no entre personas que tienen el virus pero que no están enfermas.

Hay que destacar que no es una enfermedad emergente, sino reemergente, porque ya existía en el África occidental, pero no con esta magnitud. Este virus surgió en la República del Congo en 1976. Desde ahí hasta ahora ha habido brotes periódicos con variables respuestas. Sin duda que esto determinó la consideración del virus a nivel internacional.

Hago hincapié en las vías de trasmisión porque es muy importante tener en cuenta el concepto de contacto y de casos sospechosos. Desde que se declaró la emergencia hasta ahora, la persona que estuvo en la zona donde se declaró el brote, es sospechosa de tener el virus. Lo mismo ocurre con aquéllas que estuvieron en algunos de los países de África occidental y presentan sintomatología o que, sin haber estado en esa zona, tuvieron algún contacto con enfermos o manipularon cadáveres.

Otro aspecto a tener en cuenta -y finalizo este punto para dar parte de las medidas que estamos llevando adelante- es el período de incubación, que va de 2 a 21 días, con una media de 17 días. Tiempo atrás se planteaba que el período de incubación era absolutamente asintomático, pero en el momento actual no siempre es así. Lo que sí está claramente demostrado es que pasado ese período de incubación, si no aparecieron síntomas, se puede descartar cualquier caso sospechoso. Esto es importante porque tiene que ver con otros aspectos.

Concretamente nos vamos a referir a la cantidad de enfermos. Según el Centro Nacional de Enlace, si bien la enfermedad está en una meseta, los números tienden a disminuir con relación a los casos registrados en el CDC de Atlanta. De acuerdo con estos registros, el número de casos documentados, confirmados a la fecha, al día de ayer, era de 9.284, de los cuales 4.604 reportaron fallecimiento. Ahora bien, en los países fuera de África occidental -que es donde están los que han

declarado brote-, hay cinco pacientes y la totalidad de ellos forman parte del personal de salud. Este es un aspecto que es importante tener en cuenta. Fuera del África occidental, hasta este momento -porque hay que tener en cuenta que la información sobre el tema tiene un gran dinamismo-, solo se han reportado casos confirmados, concretamente en Estados Unidos y en España, en personal de salud. Esto implica que es necesario dirigir las medidas de actuación, despliegue, detección, prevención y capacitación específicamente a ese colectivo o grupo.

Como les decía, el 8 de agosto de este año la Organización Panamericana de la Salud publicó un documento de recomendaciones sobre el tema. Toda esta documentación va a ser enviada a la Secretaría de la Comisión. Son todos documentos públicos, por supuesto, pero es una manera de que los señores Senadores puedan acceder a ellos más fácilmente. Entonces, con posterioridad a esa declaración de emergencia de salud pública de importancia internacional, la Organización Panamericana de la Salud estableció un documento de recomendaciones que es un marco de cómo prepararse frente a esta situación, para América en general, y específicamente para aquellos países de bajo o muy bajo riesgo de introducción de esta enfermedad. En esta categoría es que se enmarca Uruguay, por varias consideraciones. La primera de ellas es un hecho nada menor: no existen vuelos directos de aerolíneas desde el continente donde se ha determinado este brote. Lo remarco porque una de las principales puertas de entrada de las enfermedades, en este mundo globalizado, es por las vías de conexión. Muchas veces la transmisión y la llegada de los eventuales posibles contactos se concreta por vía aérea y no tanto -aunque esto no significa que no se tenga en cuenta para establecer el bajo riesgo- por la vía terrestre o la marítima o fluvial, que va a tener otro capítulo específico. En ese contexto el documento marco, que es vinculante para cada uno de los Estados Parte de la Organización Panamericana de la Salud, establece los lineamientos generales de cómo trabajar, manejarse y establecer las directivas en diferentes elementos. En las recomendaciones, que muchas veces son de carácter vinculante, como lo refería, se establece que cada uno de los países, a través de la autoridad sanitaria, debe elaborar protocolos nacionales de actuación. Es así que nuestro país, pocos días después de haberse comunicado esto, el 13 de agosto, finaliza la elaboración del Plan Nacional de Contingencia, que se difunde públicamente y está presentado en este momento en la página web de nuestro Ministerio. La elaboración de este plan se enmarca en las directivas mundiales vinculadas a este tema. A nivel nacional participaron en su implementación no solamente expertos en el área, sino también personal de la Dirección General de Salud, y directamente vinculado a la señora Ministra y al señor Subsecretario, con el aporte no solo del área de Epidemiología del Ministerio, sino de expertos de la academia y de las sociedades científicas, que colaboraron para elaborar un protocolo nacional de actuación.

Hay un elemento fundamental para homogeneizar -si es que cabe el término- no solo la vigilancia, sino también la respuesta vinculada a esto. Algunos de los aspectos que quiero remarcar del plan -que obviamente los señores Senadores lo van a tener como documento- es que se enmarca en el diseño y elaboración de las pautas definidas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud para nuestro país que está ubicado dentro de un continente determinado de bajo riesgo de ingreso de la enfermedad.

Otro elemento que plantea esta situación dinámica refiere -sobre todo pensando en esta situación epidemiológica que se ha generado a nivel mundial- a la revisión periódica de cada uno de los componentes de este plan. Tan así es que si bien el plan no ha perdido vigencia desde el 13 de agosto hasta la fecha, cada uno de sus componentes está en periódica revisión, como obviamente debe ser entendido. También se establece -bajo directrices- que este debe ser un plan único, a diferencia de otras enfermedades, porque requiere de una respuesta unificada y liderada desde la autoridad sanitaria.

Este plan no necesita una implementación o adaptación a nivel territorial o departamental, sino una centralización de la vigilancia de la asistencia y de la respuesta de la actuación. Tan así es que se ha definido una única unidad de asistencia de derivación de pacientes sospechosos de ébola que se definió por diferentes razones, y se enmarca en directrices internacionales técnicamente vinculadas a este tema para el área metropolitana, y así se va a hacer. Se trata de un único centro que da respuesta, no solo para el diagnóstico sino para el tratamiento y el seguimiento de eventuales casos sospechosos o confirmados.

Otro de los componentes fundamentales del plan refiere a los puntos de frontera, tanto terrestres como marítimos o aéreos. Un aspecto nada menor y en el que se hace mucho hincapié refiere a que nos diferenciamos de otros países que ya tienen casos confirmados o sospechosos porque tienen vuelos que llegan directos desde la zona afectada, por lo tanto, el riesgo de ingreso de la enfermedad al país es más alto que el nuestro.

En nuestro país ponemos el acento en dos aspectos fundamentales: la capacitación para el uso de equipamiento de protección personal para todo el personal de salud, y el manejo de las pautas de eliminación de los residuos extrahospitalarios considerados con un alto nivel -3,4- en bioseguridad, a lo que se agrega el manejo seguro de cadáveres, si eventualmente existieran pacientes fallecidos por la enfermedad.

Sin entrar en elementos muy particulares del plan -obviamente no tengo problema en extenderme en algún punto si los señores Senadores están interesados- quiero resaltar el punto referido a la elaboración del protocolo nacional de actuación. El segundo punto que está enmarcado por el Ministerio de Salud Pública refiere a estar preparados con estos elementos, para detectar, investigar y tratar posibles casos de ébola que ingresen a nuestro país. Es así que en este marco se comprueba -y es necesario determinar- la declaración de salud del viajero específicamente para esta enfermedad y otros mecanismos de contralor que se requieren para el ingreso a nuestro país de viajeros provenientes de países afectados. Entonces con la declaración de salud del viajero, si es que no se determinó antes o durante el viaje, se desencadenaría el cronograma de actuación que está absolutamente documentado y explicitado. Insisto que me parece un exceso plantear este tema de manera general pero no tengo inconveniente alguno en aclararlo posteriormente, si así lo entienden conveniente.

En línea con lo que venía expresando, consideramos que un tercer elemento fundamental está dado por el hecho de que el Ministerio de Salud Pública está, por decirlo de alguna manera, estableciendo acciones de coordinación, tanto a nivel nacional como internacional. A nivel nacional se ha estado en permanente contacto con actores claves, pero también con representantes de otros Ministerios, de organizaciones no gubernamentales, de instituciones gremiales y académicas, de sociedades científicas y de las direcciones técnicas de las instituciones de salud, ya no a través de forma presencial sino bajo la modalidad de videoconferencia con todos los departamentos de nuestro país. Se desplegó un sinnúmero de reuniones, de acciones y de documentos para trabajar en conjunto. Tal como lo referí anteriormente, corresponde señalar que estas medidas se llevan a cabo teniendo en cuenta cuatro ejes, uno de los cuales consiste en la coordinación y seguimiento de la situación. Desde el primer día, en el Ministerio de Salud Pública, se constituyó una Comisión de Coordinación o lo que muchas veces llamamos -y asusta un poco- Comité de Crisis, asesorada por un Comité Científico integrado por expertos y especialistas en el área de biología, infectología, microbiología, epidemiología, laboratorio clínico y medicina intensiva, así como de representantes del Comité de Control de Infecciones Intrahospitalarias y del Departamento de Seguridad del Paciente. Fue así como en los primeros días de agosto rápidamente se decidió trabajar de una manera transversal en las acciones necesarias y pertinentes.

Es desde el Ministerio de Salud Pública y, concretamente, desde la Dirección General de Salud que lidero este equipo de trabajo y lo hago con mucho orgullo -pese a la gran responsabilidad que conlleva-, pues es un trabajo de resorte absolutamente interdisciplinario e interinstitucional. Más allá de que el trabajo siempre es perfectible -lo cual debe ser así-, estamos realmente satisfechos de los avances y logros alcanzados en el marco de la información disponible a nivel internacional y específicamente de la evolución del brote en África occidental.

Quiero hacer referencia a dos puntos vinculados al tema y a un capítulo particular, que tiene que ver con la formación específica en todos los ámbitos profesionales y de capacitación del personal de salud liderado desde el Ministerio de Salud Pública. Aclaro que cuando hablo de «personal de salud», no me refiero solamente al personal de salud profesional médico, sino a los técnicos, no solo del área clínica, sino a todos los profesionales y a aquellos vinculados a los servicios de apoyo, auxiliares de servicio, médicos clínicos y a los que manejan los residuos hospitalarios dentro del personal de limpieza y enfermería. En una primera etapa de capacitación se han priorizado determinados colectivos -lo cual se traduce no solo en una intención sino en una obligación dentro de un plazo determinado- y se ha apuntado a la capacitación del personal para la colocación, utilización y

retiro de los equipos de protección hasta alcanzar el ciento por ciento del personal vinculado al ámbito sanitario a lo largo y ancho del país. La idea es evitar y extremar las medidas ante el riesgo de contaminación frente al cual, obviamente, el personal de salud constituye uno de los puntos más vulnerables.

Por estas razones, el Ministerio de Salud Pública ha realizado una compra unificada y centralizada en varios aspectos. Uno de ellos es el relacionado con los equipos de protección personal, que ha sido una compra numerosa, conjunta, unificada, centralizada y establecida bajo los lineamientos de seguridad planteados por la Organización Mundial de la Salud. La primera parte ya llegó y estamos a la espera de completar la totalidad de los insumos que solicitamos en equipamiento no solo para la protección personal sino también en lo que refiere a la unidad de traslado, a fin de que las condiciones de bioseguridad sean las necesarias y las que se requieren no solo para el paciente sino para también para el personal que va a realizar este traslado.

Asimismo, esperamos recibir todos aquellos insumos y equipamientos con los que no contamos y que son necesarios a los efectos de *aggiornar* al sistema de salud. Me refiero a un módulo de laboratorio con un nivel de bioseguridad adecuado para el manejo de muestras biológicas que necesitan un alto nivel de bioseguridad, pero no así para hacer el diagnóstico confirmatorio. La Organización Mundial de la Salud estableció que aquellos países que tengan un riesgo medio o bajo de ingreso de esta enfermedad al país no constituyan laboratorios donde se realicen diagnósticos confirmatorios de estas enfermedades, puesto que, en un contexto de brote y en el marco de una emergencia sanitaria internacional, estos deben centralizarse en un único centro de referencia. Por lo tanto, una vez acondicionadas las muestras para su traslado en condiciones seguras, hay que derivarlas al laboratorio de referencia, que es el CDC de Atlanta, para que se realice el diagnóstico confirmatorio.

En nuestro país, al igual que en otros de la región, se va a realizar la inactivación de todas las muestras, específicamente para el manejo y el descarte seguro de las escasas muestras que se requieren en estos casos. Por protocolo técnico es necesario minimizar la extracción de muestras y su manejo debe ser absolutamente clínico y basado en la sospecha epidemiológica, el nexo de contacto y, fundamentalmente, en la sintomatología que presenta el paciente.

Finalmente, señalo que en este marco existe un contacto permanente y periódico de las instituciones por medio del mecanismo formal de comunicación real a través de los centros nacionales de enlace. Desde el año 2005, nuestro país y el resto de los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud están bajo un marco jurídico normativo internacional, que es el Reglamento Sanitario Internacional, que fundamentalmente enmarca las acciones que los países deben llevar adelante frente a eventuales casos de amenaza de salud a nivel global y este es uno de ellos. Hay otros elementos que podrían enmarcarse en él no por razones epidemiológicas infecciosas, sino por estar vinculados, por ejemplo, a accidentes por radiación.

En este marco jurídico normativo de carácter vinculante con cada uno de los Países Miembros de la Organización Mundial de la Salud se establecen determinadas capacidades mínimas que cada país debe llevar adelante para hacer frente a esta situación. Nuestro país cuenta con dichas capacidades, pero, además, es necesario llevar adelante la constitución de un centro nacional de enlace, que en este caso es la Dirección General de la Salud, que mantiene una comunicación fluida y periódica a nivel internacional y obligatoriamente es notificada.

Por lo tanto, el contacto permanente con estas instituciones y con los diferentes centros nacionales de enlace de todo el mundo se hace en forma periódica a una hora determinada -al final del día- y se determina cuál es la situación. En general, de ahí surgen los datos que tenemos.

A través de su Centro Nacional de Enlace, el Uruguay sigue muy de cerca no solo la situación del brote de África occidental, sino también la respuesta del sistema sanitario de los países vinculados a esta enfermedad. Concretamente, el Reglamento Sanitario Internacional plantea un aspecto que la Organización Mundial de la Salud recuerda en el día de hoy, en relación con el marco jurídico de cada uno de los Países Miembros de la organización. Allí se establece que las acciones que lleva adelante cada país desde el punto de vista sanitario, frente a esta u otra enfermedad, no pueden

violentar dos derechos fundamentales: por un lado, el derecho de libre tránsito a través de los puestos de frontera en condiciones de seguridad para la población en general y, por otro, el derecho de mantener y propiciar el comercio internacional. Comento especialmente estos dos puntos porque un país de América determinó en forma unilateral el cierre de fronteras frente a vuelos procedentes de países de África occidental. La declaración del día de hoy de la Organización Mundial de la Salud recuerda que el Reglamento Sanitario Internacional no es solamente algo que existe, sino que tiene un carácter vinculante para los países miembros.

Finalmente, voy a referirme a un planteo realizado por la señora Ministra. Desde el Ministerio de Salud Pública -concretamente, a través de la Dirección General de la Salud- se realizó un trabajo técnico muy pormenorizado y cuidadoso en el marco de los lineamientos generales que estableció la Organización Mundial de la Salud para responder a esta enfermedad. En la medida de lo posible, el Ministerio está dando respuestas, con las debidas salvedades y el dinamismo de la evidencia disponible. A la recepción de información hay que sumarle la coordinación con los agentes institucionales, formales y no formales, de nuestro país -científicos, académicos, gremiales y también sociales- que es necesaria para afrontar esta difícil situación mundial. Creemos firmemente que el Ministerio de Salud Pública, con la señora Ministra, el señor Subsecretario y quien habla, está trabajando bien y con responsabilidad, pero por supuesto puede ser perfectible.

Espero haber sido lo suficientemente clara en mi exposición y quedo a las órdenes para contestar las preguntas que deseen realizar.

SEÑOR SOLARI.- En primer lugar, quiero saludar a los integrantes de la delegación del Ministerio y expresarles mi solidaridad por la responsabilidad que asumen frente a una situación potencialmente compleja. Si bien el riesgo de introducción de ébola en el Uruguay es baja y hay otras enfermedades que representan riesgos más altos, de todas maneras debemos estar atentos y manejar el tema de forma que no haya alarma en la población ni entre el personal de salud, que es el más expuesto en las distintas categorías que presenta.

Personalmente, me tomé el trabajo de investigar un poco la experiencia exitosa en la actual epidemia. El caso que consideré exitoso es el de Nigeria por ser el país que tiene más contacto con los países afectados; además, importó un paciente enfermo que fue detectado en forma relativamente temprana y hubo una respuesta muy adecuada. Tan así es que Nigeria ha sido declarado país libre de ébola por la Organización Mundial de la Salud. Si mal no recuerdo, el ingreso se produjo a mediados del mes de julio y a mediados de octubre -es decir, tres meses después- Nigeria había logrado yugular totalmente la situación, transformándose así en un caso exitoso.

De esa experiencia traté de entresacar los elementos que eran aplicables a nuestro país. Si bien no tenemos la misma ubicación geográfica ni el mismo riesgo epidemiológico, entre otras cosas, hay algunas lecciones aprendidas que me parece importante destacar. Como bien dijo la Directora General de la Salud, el más expuesto es el personal sanitario. A pesar de que el paciente fue detectado bastante rápido porque llegó al país con síntomas y murió cinco días después, en la ciudad de Lagos ocasionó nueve fallecimientos, de los cuales cuatro eran personal de la salud; por lo tanto, allí había un riesgo muy importante. Debido al afinado sistema epidemiológico de seguimiento existente en un país complejo como Nigeria, se pudo identificar el 100% de los contactos en la ciudad de Lagos y el 99,5% en una ciudad que se contaminó en forma secundaria, cosa que no se pudo evitar. Pese a ello, tuvieron una cantidad de casos y de fallecimientos, inclusive de otro médico en la segunda ciudad afectada.

Las dos lecciones aplicables al Uruguay que extraigo de esa experiencia y en las que me gustaría ahondar un poco más, son las siguientes. En primer lugar, hay que tener todas las antenas prendidas para identificar el caso índice, si es que lo tenemos. Obviamente, aquí se ha hablado del control que hay que hacer en las puertas de entrada al país -de las cuales la aérea es la más importante por el período de incubación que tiene la enfermedad-, por donde se producen ingresos formales e informales. No debemos olvidar los ingresos informales: tuvimos polizones en barcos y personas que ingresaron indocumentadas al país por Nueva Palmira provenientes del área del foco de infección, es decir de Sierra Leona y, algunos de ellos, de Guinea. En segundo término, el caso índice de Nigeria no fue detenido más rápidamente aún porque el viajero enfermo mintió en su declaración de salud. Es decir que no solamente existen ingresos informales a los que debemos prestarles atención,

sino que también tenemos que pensar en que no todas las declaraciones de salud que hacen los viajeros son lo verosímiles que deberían ser para proteger al personal que los atiende y al resto de la comunidad, en caso de tratarse de un caso índice. Para poder manejar adecuadamente estas dos situaciones -la declaración incompleta o falsa del estado de salud de una persona o el ingreso informal de personas al país-, realmente no se me ocurre otra manera que brindar una enorme capacitación al personal de salud que pueda tener contacto primario con un paciente que manifieste los primeros síntomas, o sea, el personal de las puertas de las emergencias y de las emergencias móviles, el personal de salud de frontera y el personal de clínicas preventivas.

En cuanto a la identificación del caso índice, tengo bastante confianza en que con la red de servicios que tenemos y con una capacitación adecuada, podremos detectar la enfermedad rápidamente. Sin embargo, mi preocupación es con respecto al seguimiento de los pasos, porque siempre ha sido un punto flojo de la estructura sanitaria de nuestro país. Los contactos requieren identificación al 100%, seguimiento durante un período de tiempo -que como máximo debe ser de veintiún días- y también de aislación. Es precisamente allí donde tengo temor porque las posibilidades de ingreso de la enfermedad hacen que la persona tienda a esconder sus contactos. Si bien no todas las personas que entran en interacción con el infectado necesariamente vayan a infectarse, puede transformarse en un grupo relativamente amplio. Habida cuenta de que considero que todo lo que se ha dicho y hecho está bien y lo apoyo, me gustaría tener un poco más de conocimiento de la capacitación del personal.

Voy a referirme a un episodio específico, y espero relatarlo con el cuidado que merece. La semana pasada hubo un conato de resistencia por parte del personal profesional del Departamento de Clínicas Preventivas, dependencia del Ministerio de Salud Pública que otorga el carné de salud. Ese conato de resistencia para seguir examinando pacientes de origen africano -provenientes probablemente de países en donde hubiera casos activos de ébola-, derivó de dos razones. La primera, que los pacientes venían solos, sin intérprete, y nadie dentro del Departamento de Clínicas Preventivas podía comunicarse con ellos fehacientemente. Y la segunda, que venían con documentación que no revelaba la entrada formal al país ni la salida formal de su país, que en definitiva es lo más importante, porque si el personal salió de Sierra Leona en noviembre de 2013, no constituye ningún riesgo y si salió hace más de veintiún días y no tiene ninguna sintomatología, tampoco. Claro, con el diario del lunes todos somos más inteligentes, pero un intérprete en cada uno de esos lugares donde hay interacción, parece ser un elemento muy importante para completar la acción y sobre todo para darle confianza al personal. El mencionado personal no requiere una protección física mayor que la que tiene, lo que sí requiere es una capacitación muy especial, la disponibilidad de recursos -traductores, etcétera- y el respaldo de las autoridades, que creo que no lo tuvieron de forma apropiada para actuar adecuadamente frente a una persona que tiene derecho a ser examinada y a que su salud sea verificada. ¿Por qué digo que la respuesta no fue adecuada? Antes de contestar la pregunta quiero decir que la reacción del personal del Departamento de Clínicas Preventivas no fue la que uno esperaría razonablemente del personal de salud porque, en lugar de pedir apoyo y ayuda, siguiendo una moda del país, ellos se negaron a expedir carné de salud a personas con las que no podían interactuar en forma completa. Se negaron no solamente ese día sino también hacia el futuro y me parece que esa no es la forma adecuada de relacionarse del personal de la salud. De cualquier manera, la respuesta del Ministerio tampoco fue la más acertada; ellos pedían una orden por escrito de cómo tenían que actuar y un protocolo por escrito sobre cómo proceder ante casos de esa naturaleza, pero no obtuvieron nada por escrito, sino que lo que se dio fue una conversación que se tradujo en una orden verbal dada por la doctora Ciganda de la División Salud Ambiental, y en una visita explicativa, al día siguiente, a cargo de la División de Epidemiología. Creo que con ese esquema de funcionamiento no vamos a tener el éxito que deberíamos tener con el personal de salud, a efectos de que sea un colaborador en la aplicación del plan de contingencia, porque el personal de salud tiene temor, por razones fundadas -yo o cualquiera de nosotros lo tendríamos-, y ello se evita con información y respaldo, no con órdenes.

Quería poner este ejemplo puntual porque no sé si a nivel del resto del sistema opera el mismo grado de temor -supongo que sí- y el mismo grado de desinformación con respecto al protocolo específico que se debe aplicar en el caso A), en el caso B) o en el caso C) que es, en definitiva, lo que va a disminuir el grado de temor al personal de salud que es el más expuesto.

Reitero que, a mi juicio, hay que considerar dentro del personal de salud, en esa categoría que es tan amplia, a la gente que está en salud de fronteras, a todas las personas que trabajan en las puertas de urgencia y emergencia, tanto en el sector público como en el privado, a las emergencias móviles, al personal de los puntos de migración aunque no sea personal de salud, o sea a todos aquellos que pueden tener el riesgo y la responsabilidad al mismo tiempo de identificar un caso índice, lo cual para el Uruguay es fundamental.

SEÑOR GALLO.- Al mismo tiempo que agradecemos la presencia de las autoridades del Ministerio, quiero decir que valoramos mucho la iniciativa que tuvieron de venir al Parlamento.

Nosotros acabamos de llegar de la Asamblea de la Unión Interparlamentaria, donde se podía plantear, dentro de la agenda, un solo tema de urgencia. Entre varios temas que se plantearon, se resolvió por parte de la amplísima mayoría de los países -había 168 países representados- tratar el tema del ébola, siendo ello una propuesta presentada por México y Nigeria. En ese sentido, se hizo una declaración que refería a introducir la responsabilidad de los Parlamentos en este tema, no solamente en el sentido de controlar de alguna forma las políticas que el Poder Ejecutivo pone en marcha con respecto a este tema, sino también en cuanto a la posibilidad de tomar iniciativas, si las hubiera, desde el punto de vista legislativo para ello. Lo fundamental de esta declaración es que el eje de la misma se basaba en seguir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud -siendo muy estrictos en eso- y en que los Parlamentos controlen a las autoridades sanitarias en el sentido de que se sigan dichas recomendaciones.

Realmente vemos con mucho beneplácito que las autoridades de nuestro país hayan puesto en marcha todas esas recomendaciones en este ámbito y, en ese sentido, creemos que están dando tranquilidad a la población en este tema. Sin ninguna duda, a pesar de que vivimos en un país que, aparentemente, está lejos, no es tan así porque una de las cosas que se plantearon inicialmente fue que por la inmigración mundial y las comunicaciones, para cualquier nación del mundo no deja de significar un riesgo la posibilidad de que llegue un paciente contaminado.

Entonces, esa política de control de fronteras está incluida en las recomendaciones. Veo que todo esto ya se ha puesto en marcha y salvo lo que planteaba el señor Senador Solari respecto a las políticas preventivas, creemos que Uruguay está actuando correctamente.

También valoro que se haya tomado la iniciativa en función de esta circunstancia que se ha dado de que el Parlamento, a través de su presencia en la Unión Interparlamentaria, tiene novedades a este respecto y asume responsabilidades; me parece que esto es muy importante.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero hacer algunas consultas respecto a este tema.

Nuestros visitantes están trabajando en un espacio encriptado y fuera de debate, pero nos parecía importante darnos un tiempo para analizar estos problemas, que no tienen nada que ver con las elecciones, por lo que en ningún momento se justifica olvidarse de ellos.

Creo que las autoridades del Ministerio de Salud Pública ofrecieron una explicación que tiene que ver con la prevención o la detección de esta enfermedad, pero quisiera preguntar sobre algunos otros aspectos y qué cosas están previstas en la región. Tengo experiencia pero es con otros virus que tienen circulación en la región y, aparentemente, este no la tiene y lo que estamos haciendo es prevenir para que no se produzca aquí. Por algún motivo este virus existe en otros lados y aquí no.

Primero, quisiera saber qué capacidad técnica tenemos a este respecto, porque un día es muchísimo tiempo en estos casos. Me refiero a la capacidad de identificación que tenemos para hacer los análisis y la disponibilidad de los laboratorios. La doctora se refirió a los laboratorios pero me gustaría saber si se necesita uno específico. La pregunta sería qué sigue después y en cuánto afecta esto nuestra capacidad de atención.

Segundo y en caso de identificar algún paciente que tenga este virus, consulto acerca de qué fuentes hay, qué disponibilidad tenemos de fuentes de anticuerpos o lo que fuere necesario utilizar.

Supongo que este no es un problema solo de Uruguay, pero quisiera saber qué diferentes tipos de materiales se están probando y qué certeza tenemos en el manejo de este virus, si es que apareciera. Considero que tenemos que prevenir antes pero también después de que se identifique algún caso, para saber cómo actuar.

Por otra parte, tengo entendido que hay otros huéspedes que no son solo el hombre, por lo que quisiera que se me informara qué se sabe de eso. Con el virus de la rabia hace tres o cuatro años nos pasó que, en realidad, lo que tenemos en nuestro territorio son huéspedes de ese virus que no había habido antes, pero los huéspedes estaban. Por algún motivo el virus de la rabia se movió y los mismos huéspedes que siempre fueron portadores después dejaron de serlo. Estos son aspectos que aporto para el trabajo en el tema. En este caso, tengo entendido que los perros pueden ser posibles portadores del virus del ébola y en nuestra región siempre se dijo que los murciélagos también podían trasmitir ciertas enfermedades. Estos son elementos que rodean al tema, pero nosotros debemos tener toda la información porque vivimos en un país cuya frontera terrestre es muy amplia, y eso es mucho más difícil de controlar. En este sentido, quiero recordar que hace poco tiempo un ciudadano africano llegó a Río Branco y cuando cruzó la frontera pensó que estaba en Estados Unidos. Si estas cosas suceden -y nosotros lo supimos por la prensa- también podría ocurrir que una persona infectada ingresara al país. Creo que no sería bueno que eso nos tomara totalmente desprevenidos.

SEÑORA SICA.- Voy a comenzar a contestar las preguntas de atrás hacia adelante porque eso permite ordenar mi exposición. Agradezco las interrogantes de los señores Senadores; es cierto que cuando hice uso de la palabra no abundé sobre ciertos detalles, con el objeto de no extenderme demasiado en aspectos que quizás no eran de interés.

En cuanto a la pregunta del señor Senador Solari vinculada a la detección del caso índice y el seguimiento, debo decir que en la página 12 del Plan Nacional de Contingencia se establece específicamente que lo primero es partir del caso sospechoso y, por lo tanto, definirlo. Entonces, desde el punto de vista epidemiológico, un caso sospechoso se transforma en caso índice cuando, como bien decía el señor Senador Solari, se identifica el primer caso que determina el ingreso del virus al país y su posterior propagación. Entonces, hasta que se demuestre lo contrario, siempre se va a hablar de un caso sospechoso que, eventualmente, se transformará o no en caso índice. Por lo tanto, para que un caso se interprete como sospechoso de enfermedad por el virus del ébola, no solo se deben tener en cuenta las manifestaciones clínicas específicas -que a veces no lo son tanto- sino también un contexto determinado que abarca la historia de viaje, el nexo epidemiológico y la exposición al virus, reportada por el paciente o como resultado de la investigación. Todos estos elementos pueden constituir un caso sospechoso de enfermedad causada por el virus del ébola. Esto puede parecer algo muy difícil pero, en realidad, actualmente es bastante sencillo de identificar. Esta es la definición que a nivel mundial se ha establecido de caso sospechoso, aunque está en permanente revisión.

En consecuencia, cuando se identifican individuos compatibles con la definición de caso sospechoso, se desencadena un procedimiento que aquí se especifica claramente. Aclaro que lo voy a mencionar rápidamente aunque no tengo problema en detenerme en esto más adelante, en el caso de que fuera necesario.

En primer lugar, como siempre se hace en medicina -tal como lo expresaron los señores Senadores Solari y Gallo-, para poder identificar un caso, los médicos y el personal de salud deben pensarlo para luego valorar si es compatible o no con el diagnóstico. Está claro que algo que no se piensa no se puede diagnosticar y, por lo tanto, este componente de comunicación, difusión y capacitación al personal de salud -y no necesariamente al asistencial- es fundamental en esta etapa, sobre todo en nuestro país. Esto quiere decir que en el momento actual, en la asistencia de cualquier paciente con fiebre, diarrea, decaimiento o malestar general, se debe preguntar la historia de viaje, si es que la tiene y cuál fue el itinerario del mismo.

Independientemente de si se completó o no el formulario, el viajero puede omitir información. De todos modos debemos recordar que el mismo tiene carácter de declaración jurada por lo que luego habrá que actuar en consecuencia. Una vez que el personal de salud identifica el caso, debe notificar -está numerado en el protocolo; son siete los pasos que deben seguirse- de forma inmediata al Departamento de Vigilancia por cualquiera de las vías determinadas, debe llenar el formulario de

notificación específico y, antes del traslado a la institución de salud seleccionada para hacer el seguimiento y diagnóstico de estos pacientes, se debe contar con ciertas condiciones de aislamiento y de protección del personal. Luego de desencadenar el traslado, la institución debe seguir un protocolo de desinfección y limpieza. Posteriormente viene un paso fundamental, que es la identificación de los contactos, a lo que se refería el señor Senador. Esto debe hacerse desde el primer momento, aun cuando el diagnóstico sea sospechoso y eventualmente no se confirme. La identificación, el diagnóstico y seguimiento de los contactos está protocolizado para saber a quién se considera como tal y para determinar cuándo se requiere del monitoreo y bajo qué modalidad: aislamiento, cuarentena, etcétera. Lo cierto es que está documentado cuáles son esos elementos que hay que tener en cuenta, como así también la información a recabar: nombre, dirección, teléfonos, datos patronímicos, entre otros. Todo ello queda registrado en una ficha. Esto está enmarcado en un aspecto al que refería el señor Senador Solari en cuanto a la dificultad que implica el relevamiento de contactos al tener un caso sospechoso que constituya un caso índice; no es nada fácil. Las lecciones aprendidas de los casos internacionales muestran que es muy difícil identificar cuáles son los contactos de primer y segundo nivel, esto es, los más cercanos al afectado. Hay que definir a quién se denomina contacto, lo que va desde una persona que pernocta bajo el mismo techo hasta aquella que amamantó a un bebé estando enferma. Es un amplio espectro pero no quiero reiterar lo que ya está en la lista. Todo esto está documentado claramente.

Asimismo, hay directivas de la Organización Mundial de la Salud para saber cuándo se considera que se trata de contactos ocasionales o de bajo riesgo y cuándo lo son de alto riesgo. Se advierte que estos últimos están, fundamentalmente, en el personal de salud. Por eso -y aquí retomo con algunas de las otras preguntas- se da prioridad a la capacitación e inicialmente esta se estableció para el personal de salud que tendería a tener un contacto directo y estrecho, sin perjuicio de que será extendida a todo el personal de salud médico y no médico, técnico y administrativo.

Como ustedes saben, no existe un tratamiento específico contra este virus, puesto que los tratamientos validados científicamente son experimentales.

En lo que respecta a la prevención, está en desarrollo; se encuentra en la fase 3 y aún con un número muy escaso. En este momento está experimentándose la realización de una vacuna vinculada al desarrollo consciente de esta enfermedad pero como aún en carácter experimental todavía no está disponible.

Con referencia al tratamiento actual, se ha concentrado en la sintomatología y en el sostén de las funciones vitales, es decir, no se ha seguido un tratamiento único, válido y documentado para la enfermedad concreta, aunque sí hay tratamientos experimentales en diferentes niveles de evolución. Hay desde tratamientos de uso de plasma de pacientes ya afectados hasta el tratamiento específico con anticuerpos monoclonales, entre los cuales hay planteos, y el que más ha sonado es la utilización del tratamiento experimental ZMapp, que es el que parecería tener resultados desde el punto de vista clínico, con todas las salvedades que esto tiene para que sea auspicioso. Esto llevó a que a fines de agosto la Organización Mundial de la Salud estableciera un documento que da la opción a cada uno de los países de que puedan utilizar tratamientos experimentales, o sea que es una decisión de cada autoridad sanitaria de los países vinculados con esto. En este marco, en Uruguay ha habido instancias de reunión -en las que participaron tanto la señora Ministra de Salud Pública como el señor Subsecretario- con diferentes actores claves del país desde el punto de vista de la investigación -estoy hablando concretamente de laboratorios biológicos, gubernamentales y no gubernamentales- para ver qué posibilidades y qué capacidades teníamos para desarrollar estos tratamientos de carácter experimental. Es así que en el momento actual -esto es muy reciente- se está valorando desde el punto de vista técnico la posibilidad de poder llevar adelante no solo la elaboración, la producción y, eventualmente, en caso de que se pueda, la utilización de estos tratamientos de carácter experimental en nuestro medio. Es decir que estamos generando la necesidad de contar con las capacidades de nuestro país y, eventualmente, con capacidades y experiencias internacionales, en la elaboración propia de estos tratamientos de carácter experimental, que en el mundo se están utilizando con diferente nivel de respuesta.

Finalmente, voy a tratar de contestar la inquietud planteada por el señor Senador Solari con respecto a lo que sucedió específicamente el jueves de la semana pasada. Ese día recibí la información -por vías informales- de que los funcionarios de la clínica preventiva que dependen de la

División Salud Ambiental y Ocupacional habían decidido en forma unilateral no solo dejar de asistir, sino también de expedir los carné de salud -en el marco del tratamiento de erradicación- a personas inmigrantes que llegaran a nuestro país. Esta medida se estableció inicialmente por una semana hasta tener claro cuáles eran las medidas y pautas de actuación vinculadas con esto. De acuerdo con lo que me trasmitieron -como señalaba el señor Senador-, esta medida se desató debido a la incertidumbre existente, al alerta dado a nivel internacional y a algunas dificultades planteadas en el momento actual -que nosotros hemos tratado de subsanar-, que no dependen del Ministerio de Salud Pública, sino que tienen que ver con algunos aspectos de información sobre las personas que llegan al país, como por ejemplo cuándo ingresaron, por qué vía y el relevamiento de los datos de los países de donde provienen. Quiere decir que, por diferentes circunstancias que no vienen al caso comentar ahora, hay distintos elementos que determinan que esta situación sea así.

En ese marco, e identificado claramente el hecho de que la preocupación de los funcionarios era absolutamente válida, lo que se resolvió en primera instancia -no es lo definitivo- fue la realización de una charla con el equipo técnico de Epidemiología para explicar claramente las medidas, de qué se trata la enfermedad, cuáles son las vías de trasmisión y cómo se maneja. A su vez, eso desencadenó una serie de medidas acerca de cómo actuar si no se tiene la información correcta, involucrando a diferentes Ministerios e instituciones -además del Ministerio de Salud Pública- para recabar los datos sobre cuándo ingresa al país y en qué condiciones. Sin duda, esa fue una acción puntual para dar respuesta rápida a la situación y por respeto a los funcionarios que allí estaban, pero a mediados de esta semana van a empezar a capacitarse los grupos que fueron priorizados. No se trata solo del personal asistencial directo -técnico y no técnico-, sino también de personal de migraciones, personal de vigilancia de frontera del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Defensa, así como personal de sanidad marítima, aérea y fluvial. Básicamente, esos son los grupos priorizados -no tengo aquí la información sobre el resto de los grupos pero si lo desean puedo alcanzarla a la Comisión- para el cronograma de capacitación.

Como también decía el señor Senador Solari, no necesariamente la capacitación de todos refiere a la utilización de los equipos de protección. El personal de asistencia directa y de traslado son los que tienen que estar capacitados en la utilización de estos equipos; el resto debe tener información sobre la enfermedad en general y debe saber cómo actuar frente a casos que eventualmente podrían ser sospechosos.

En ese marco debemos decir que, entre el año pasado y lo que va de este, nuestro país ha aumentado en forma exponencial la expedición del carné de salud a inmigrantes. Uruguay ha sido uno de los países que más ha crecido en América Latina en lo que tiene que ver con inmigrantes, ya que algunas personas provenientes de países como República Dominicana y otros de la región, por diferentes circunstancias, han optado por radicarse aquí. Como decía el señor Senador Solari, eso llevó a que desde hace un tiempo estemos valorando la necesidad de contar con tres intérpretes o traductores -no uno-, con las dificultades que eso conlleva habida cuenta de la cantidad de personas capacitadas técnicamente en esa tarea. Entendemos que es necesario tener traductores involucrados con esta tarea, que es preciso contar, mínimamente, con un intérprete o traductor de inglés-español. Obviamente que ya hemos comenzado con la implementación de contratos, aunque aún no se han concretado a pesar de haberlos solicitado. En particular, nos interesa contar con intérpretes de mandarín o chino, ya que nuestro país recibe muchas personas que hablan ese idioma.

En fin, quería comentarles brevemente algunos de los elementos que se están considerando.

SEÑOR GALLO.- Quisiera plantear una duda.

Con respecto a la pesquisa de las personas que llegan al país, uno de los procedimientos es la realización del carné de salud. Me parece que en la discusión que se dio con relación al plan de contingencia se planteaba la posibilidad de una declaración jurada para que la persona indique exactamente dónde residió los veintiún días previos a la llegada a nuestro país. ¿Este elemento está dentro de ese protocolo inicial del carné de salud?

SEÑORA SICA.- Así es, señor Senador. Está incluido y es lo que se llama «itinerario de viaje», que refiere a los últimos diez lugares -si es que estuvo en esa cantidad de sitios- donde la persona tocó

tierra, ya sean puertos, aeropuertos u otros. En este sentido, existe una ficha específica para este cometido. Eso necesariamente llevó a modificar los formularios vinculados a la anamnesis, al interrogatorio que se le hace al paciente a fin de recabar esta información del itinerario de viaje en el carné de salud, que ahora es obligatorio realizar.

SEÑOR GALLO.- ¿Ya se va a poner en marcha?

SEÑORA SICA.- Sí, señor Senador, la semana que viene.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muchas gracias.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 16 y 28 minutos.)